

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALVARINA PIRES AMARAL

**ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO/MG**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALVARINA PIRES AMARAL

**ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS
DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO/MG**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Ms. Patrícia Madalena
Vieira Hermida**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO/MG** de autoria da aluna **ALVARINA PIRES AMARAL** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Ms. Patrícia Madalena Vieira Hermida
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres que lutaram e lutam todo dia contra a discriminação.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina e a todos os professores e profissionais envolvidos no curso de Pós-Graduação em Linhas de Cuidado em Enfermagem pela oportunidade.

À Profa. Ms. Patrícia Madalena Vieira Hermida pelo apoio e orientação para realização deste trabalho.

À minha família e amigos pela escuta de todo dia e pela paciência nos meus momentos de ausência.

Aos colegas de trabalho da rede de saúde de Ouro Preto e todos que colaboraram direta e indiretamente para a consolidação deste estudo.

Um dia vivi a ilusão de que ser homem bastaria
Que o mundo masculino tudo me daria
Do que eu quisesse ter

Que nada, minha porção mulher que até então se resguardara
É a porção melhor que trago em mim agora
É o que me faz viver

Quem dera pudesse todo homem compreender, ó mãe, quem dera
Ser o verão no apogeu da primavera
E só por ela ser

Quem sabe o super-homem venha nos restituir a glória
Mudando como um Deus o curso da história
Por causa da mulher

Quem sabe o super-homem venha nos restituir a glória
Mudando como um deus o curso da história
Por causa da mulher

Gilberto Gil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3 MÉTODO.....	07
3.1 Tipo de estudo.....	07
3.2 Local de estudo.....	07
3.3 Sujeitos-alvo.....	07
3.4 Período de operacionalização.....	07
3.5 Plano de trabalho.....	08
3.6 Aspectos éticos.....	08
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
4.1 A importância de protocolos de atendimento e o papel da saúde.....	10
4.2 Violência contra mulheres no município de Ouro Preto - MG.....	11
4.3 A rede de atendimento à mulher vítima de violência no município de Ouro Preto - MG: descrição dos dispositivos e seus papéis.....	11
4.4 Proposta de fluxograma.....	17
4.5 Condutas em relação à violência sexual.....	18
4.6 Avaliação do estudo.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXOS.....	29

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma de atendimento às mulheres vítimas de violência na UPA-Ouro Preto/MG, 2014.....	17
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Esquema de profilaxia para tétano para vítimas de violência sexual.....	19
Quadro 2. Imunoprofilaxia de hepatite B para mulheres vítimas de violência sexual.....	20
Quadro 3. Anticoncepção hormonal de emergência para mulheres vítimas de violência sexual.....	20
Quadro 4. Antibioticoterapia para DST's não virais para adultas, adolescentes não gestantes com peso >45Kg, vítimas de violência sexual.....	21
Quadro 5. Antibioticoterapia para DST's não virais para gestantes, crianças e adolescentes com peso <45Kg, vítimas de violência sexual.....	21
Quadro 6. Antibioticoterapia alternativa, em caso de hipersensibilidade, para vítimas de violência sexual.....	22
Quadro 7. Critérios para quimioprofilaxia contra HIV em mulheres vítimas de violência sexual.....	22
Quadro 8. Quimioprofilaxia contra HIV para mulheres adultas e adolescentes gestantes e não gestantes, vítimas de violência doméstica.....	23

RESUMO

A violência contra mulheres é cada vez mais recorrente nos serviços de saúde. Uma assistência efetiva demanda do profissional competência para orientar e encaminhar adequadamente a vítima, conhecendo os dispositivos disponíveis para uma atenção integral. Nesse sentido, um protocolo de atendimento pode ser bastante útil. Este estudo objetiva descrever os dispositivos de atendimento às mulheres vítimas de violência em Ouro Preto/MG e elaborar um fluxograma de encaminhamentos para utilização na Unidade de Pronto Atendimento do município. Caracterizada como uma tecnologia de conduta, a proposta deste estudo consiste na elaboração de um projeto de intervenção na prática profissional cujo produto é uma nova modalidade assistencial apresentado na forma de um protocolo de atendimento. Foram identificados serviços governamentais e não governamentais voltados às mulheres vítimas de violência, alguns muito pouco acessados. O trabalho desses dispositivos e suas funções foram apresentados. Percebeu-se que muitos profissionais desconheciam grande parte dos serviços disponíveis e que há escassez de dados de notificação de violência contra mulher, o que dificulta dimensionar o problema. A inexistência de algumas instituições relevantes na atenção às vítimas de violência é uma fragilidade da rede de atendimento, além da necessidade de criar grupos de orientação e de empoderamento das mulheres, como ferramenta importante para diminuir psicopatias e auxiliar no rompimento da relação de poder e violência. A elaboração de protocolos de atendimento é medida importante para a constituição da rede de atenção integral em que polícia, judiciário, serviços de apoio social, projetos da sociedade civil e serviços de saúde trabalhem juntos no enfrentamento dessa problemática.

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde em unidades de pronto atendimento e prontos socorros do país é constituída por atendimentos de urgência e emergência, caracterizados por ações e procedimentos que demandam grande atenção e cuidado em curto intervalo de tempo. Para auxiliar na tomada de decisão, protocolos e fluxogramas são criados para fundamentar a conduta de cada profissional. Em certas situações de atendimento, faz-se necessário encaminhar pacientes para outros pontos da rede de atenção à saúde e serviços da comunidade. Não se deve esgotar a assistência em atendimentos pontuais. Por isso, ter um protocolo como guia para o atendimento é ter, de alguma maneira, a segurança da continuidade do cuidado integral ao paciente, o que pode ser muito apropriado na atenção às mulheres vítimas de violência.

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) uma a cada três mulheres no mundo já foram espancadas ou violentadas sexualmente (KRUG et al., 2002), problema nitidamente percebido nos serviços de saúde. Em estudo sobre a caracterização dos casos de violência doméstica atendidos em unidades de emergência de dois hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro, Deslandes et al. (2000) verificaram que mais de 60% das vítimas eram do sexo feminino. Apesar da subnotificação, em 2013 o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, registrou 95.991 casos de mulheres vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências no Brasil, sendo São Paulo e Minas Gerais os dois Estados que mais notificaram, com 21.834 e 17.087 casos, respectivamente (BRASIL, 2014).

Situação complexa, a violência à mulher envolve uma série de aspectos não somente físicos, mas também psicológicos, emocionais e sociais. A Lei Maria da Penha, criada em 2006 e que protege as mulheres contra violências, determina que a assistência à mulher, em tal situação, deverá ser prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção (BRASIL, 2006). Embora existam várias instituições e serviços governamentais e não governamentais aptos a prestar auxílio às vítimas, a ausência de protocolos ou fluxogramas municipais e regionais limita a assistência no setor saúde, contribuindo para recorrências e o não rompimento do ciclo de violência.

Em Ouro Preto - Minas Gerais, a grande maioria das mulheres vítimas de violência recebe o primeiro atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), mas não há um protocolo ou fluxograma que oriente o profissional de saúde no cuidado e encaminhamento dos casos. Para que a assistência a essas mulheres seja integral, contemplando todos os direitos reservados por leis, torna-se necessária a definição de fluxos de atendimento, normatização de procedimentos e descrição de dispositivos de atendimento. Este trabalho contribuirá ao preencher essa lacuna institucional e mesmo municipal, pois tem como **objetivo geral** a elaboração de um protocolo para assistência às mulheres vítimas de violência na rede de atenção à saúde e serviços da comunidade do município de Ouro Preto, Minas Gerais. Os **objetivos específicos** são: descrever os dispositivos de atendimento às mulheres vítimas de violência em Ouro Preto e, elaborar um fluxograma de encaminhamentos para utilização na Unidade de Pronto Atendimento do município.

Acredita-se que este estudo possibilitará também integrar e articular os serviços responsáveis por atender mulheres em situação de violência, melhorar o conhecimento dos profissionais acerca desses dispositivos, garantir todos os direitos de assistência e segurança da mulher de forma humanizada, melhorar a notificação dos casos, identificação e responsabilização de agressores, permitir seguimento de casos de forma interdisciplinar e intersetorial, bem como propiciar a inserção dessas mulheres em projetos sociais de apoio.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A violência contra a mulher se caracteriza pela opressão de gênero e pelas relações de poder de homens sobre mulheres, reproduzidos no cotidiano e subjetivamente assumido, independente da faixa etária, classe social ou etnia (MINAYO, 2006).

A relação entre os gêneros ordena a vida nas sociedades, seja na distribuição de valores, na divisão de trabalho, na oferta de bens e serviços, na instituição e aplicação de normas de conduta, assim como delimita o poder entre os sexos. Por meio da interação e formas de expressão como a linguagem, os símbolos, as hierarquias, a organização social, a representação política e a cultural, criam-se papéis diferenciados para o homem e a mulher (PARANÁ, 2012). Mesmo que prevista por lei, a igualdade de direitos cede lugar a um desequilíbrio na distribuição de poder e a uma relação de força e dominação que explicam as manifestações de violência entre os sexos.

A violência contra a mulher recebeu grande atenção e mobilização no início da década de 70 em todo o mundo. O movimento feminista teve grande contribuição para deslocar a questão da violência às mulheres do privado para o público e elegê-lo como problema a ser combatido por políticas públicas. Seja pelo trabalho militante e pelas várias manifestações, ou pelas reivindicações para implantação de serviços especializados, como as delegacias de mulheres, ou ainda pela criação do SOS-Mulher, marco de atendimento as vítimas de violência no Brasil. (SILVEIRA, s.d.).

Durante as décadas de 80 e 90 houve a criação e a multiplicação dos serviços de atendimento às mulheres e de políticas públicas específicas, tais como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), o Serviço de Aborto Legal do Hospital do Jabaquara em São Paulo, as Casas Abrigo, as Delegacias de Defesa da Mulher entre outros (SILVEIRA, s.d.). Além disso, foram realizadas conferências internacionais para criar consensos, definir objetivos e responsabilizar os Estados no cumprimento de tais políticas, como a IV Conferência Mundial sobre a Mulher e a Convenção do Belém do Pará - Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher.

A reflexão teórica desenvolvida na década de 90 promoveu o reconhecimento que a violência contra a mulher deveria ser abordada de forma intersetorial e interdisciplinar (SILVEIRA, s.d.). Passa-se, então a considerar a implantação de redes como uma alternativa promissora, no sentido de ampliar a abordagem do fenômeno no âmbito da saúde, da assistência social, de segurança pública e da justiça, com a representação dos Centros de Referência, dos serviços de saúde e justiça especializados, da Central de Atendimento à Mulher e, mais recentemente, de Programas como Mulher, Viver sem Violência e Casa da Mulher Brasileira.

A Lei Maria da Penha, aprovada no país em agosto de 2006, cria mecanismos de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e a define como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Segundo a Lei essas formas de violência contra a mulher podem ser classificadas como (BRASIL, 2006):

- a) Violência física: qualquer ato ou conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- b) Violência psicológica: causar dano emocional e diminuição da autoestima, prejudicar e perturbar o pleno desenvolvimento ou degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- c) Violência sexual: constranger a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada; induzir a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, impedir a mulher de usar qualquer método contraceptivo ou a forçar ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição; ou limitar ou anular o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- d) Violência patrimonial: retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos;
- e) Violência moral: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

De janeiro a junho de 2013, a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) realizou 306.201 atendimentos em todo país, o que corresponde a média mensal superior à 51 mil registros. Por dia, correspondem a 1.691 demandas. Do total dos registros, relatos de violência somaram 37.582 (12,3%), dos quais 55,2% configuraram violência física, 29,5% psicológica, 10,2% moral, 1,9% patrimonial e 1,7% sexual. Foram 304 casos de cárceres privados e 263 de tráfico de pessoas. O estado de Minas Gerais apresentou uma taxa de registro em relação à população feminina de 257,03 atendimentos por 100 mil mulheres, no primeiro semestre de 2013.

Estes dados elevados podem ser explicados tanto pelo aumento do número de violência ou pela menor tolerância da mulher em relação à violência e seu maior empoderamento (BRASIL, 2013).

A violência contra a mulher pode se manifestar de diferentes formas e nos mais diversos espaços da sociedade, sendo mais comum no ambiente doméstico e perpetuada pelo parceiro íntimo. Em 83,8% dos casos registrados pela Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) o agressor é companheiro, conjugue, namorado ou ex da vítima (BRASIL, 2013).

Pesquisa sobre a violência praticada contra a mulher realizada em 54 países pela Sociedade Mundial de Vitimologia da Holanda revelou que, 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica e que a cada minuto uma brasileira é agredida dentro do próprio domicílio por alguém com quem possui relação de afeto (IPAS BRASIL, 2003 apud OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

Em Ouro Preto - Minas Gerais, no ano de 2011, das 84 mulheres atendidas pela equipe de referência do Programa de Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI), do Centro de Referência em Assistência Social (CREAS) do município, 28 sofreram violência doméstica e apenas 25% do total denunciaram ao órgão competente (SOUZA, 2012).

A Lei Maria da Penha ao abordar a assistência à mulher vítima de violência doméstica e familiar, apresenta como uma das suas diretrizes:

Art.8 - A celebração de convênios, protocolos, ajustes, termos ou outros instrumentos de promoção de parceria entre órgãos governamentais ou entre estes e entidades não-governamentais, tendo por objetivo a implementação de programas de erradicação da violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006, p.01).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (1994 apud Minayo e Souza 2003, p. 17) "o setor saúde é uma encruzilhada para onde convergem todas as lesões e traumas físicos, emocionais, espirituais produzidos na sociedade".

Os serviços de saúde que oferecem atendimento de emergência são um poderoso indicador da violência que ocorre em determinado município. É para estes locais que são levadas vítimas em situação de trauma ou iminência de morte. Para muitos, é a única vez em que estará, como vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde. Na maioria das vezes, é um dos únicos momentos em que a violência será declarada (DESLANDES, 1999).

A partir da compreensão de que a violência contra a mulher tem consequências negativas em sua saúde física e psicológica, que repercutem em vários atendimentos nos serviços de saúde

durante anos, diversas organizações têm desenvolvido guias para nortear as ações de profissionais de saúde, de modo que possam identificar, apoiar e dar o devido encaminhamento às vítimas acometidas pelo adoecimento do corpo e sofrimento mental (SILVA, 2003). A elaboração de um guia de serviços estimula a comunicação entre os profissionais e facilita o trabalho em rede.

A Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres defende a constituição de uma rede de enfrentamento à violência contra mulheres para dar conta da complexidade do problema e a define, distinguindo-a de rede de atendimento, como

atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Já a rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2011, p.7).

A criação de protocolos e/ou fluxogramas orienta o profissional de saúde em seu momento de interlocução com a vítima nos serviços de emergência, contribuindo no processo de rompimento do ciclo de violência ao orientar o acolhimento e os encaminhamentos dentro da rede de enfrentamento à violência contra mulheres.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Este estudo pode ser considerado como uma tecnologia de cuidado ou de conduta, a qual consiste na elaboração de um projeto de intervenção na prática profissional cujo produto é uma nova modalidade assistencial apresentado na forma de um protocolo de atendimento (REIBNITZ et al., 2013).

3.2 Local do estudo

O produto deste estudo será implementado em uma das unidades de pronto atendimento (UPA) do município de Ouro Preto (OP) - MG. A instituição oferece assistência em urgência e emergência durante 24 horas e possui corpo clínico em regime de plantão formado por clínicos gerais e pediatras, equipe de enfermagem e serviço social. São atendidos em média 300 pacientes por dia, incluindo adultos e crianças.

A UPA-OP integra o complexo de saúde Alberto Caran, localizado no bairro São Cristovão. O município ainda possui outra UPA, localizada no distrito de Cachoeira do Campo. Ambas atendem toda a população residente na cidade, tanto da área urbana como da zona rural, totalizando 70.281 habitantes, dos quais 36.004 são mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

3.3 Sujeitos-alvo

A proposta deste estudo é voltada para as mulheres vítimas de violência que após sofrerem a agressão receberão o primeiro atendimento de saúde na UPA-OP.

3.4 Período de operacionalização

Em novembro de 2013 foi proposta a criação de uma nova tecnologia de conduta - protocolo de atendimento - em discussão com a equipe de trabalho sobre a necessidade da instituição. A elaboração do protocolo teve início a partir desta discussão e será apresentado para implantação na instituição com a conclusão deste estudo.

3.5 Plano de trabalho

Para o presente estudo realizou-se um levantamento bibliográfico e foi escrita a proposta de um protocolo, a partir da coleta de informações atualizadas sobre dados estatísticos, planos, políticas, serviços especializados e condutas de assistência à mulher vítima de violência, durante o período de janeiro a março do presente ano.

Foram realizadas visitas aos serviços da rede de saúde e dispositivos da comunidade que oferecem atendimento à mulher vítima de violência para coletar informações e reunir documentos a fim de descrever o trabalho e função de cada instituição. Dados sobre as notificações de violência à mulher também foram coletados junto ao serviço de epidemiologia do município. A descrição das condutas clínicas diante dos casos de violência sexual contra as mulheres foi realizada em colaboração com a equipe médica da UPA-OP. A proposta será apresentada ao corpo clínico dessa instituição e aos gestores municipais para discussão e possíveis melhoramentos.

Para facilitar a implantação da nova tecnologia de conduta planeja-se realizar uma atividade de sensibilização com os profissionais envolvidos no atendimento à mulher vítima de violência e propor a construção de uma rede de enfrentamento a essa problemática no município. Ao final, será realizada avaliação da aplicação do protocolo na instituição.

3.6 Aspectos éticos

Por não se tratar de pesquisa, o presente estudo não foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa. Não foram utilizados dados sobre os sujeitos envolvidos e também não há descrições sobre situações assistenciais ou casos clínicos, apenas desenvolvimento de uma nova tecnologia de cuidado, não havendo necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A veracidade das informações e o respeito à autoria foram preocupações presentes

durante toda a escrita da proposta de intervenção, bem como a responsabilidade autoral na divulgação de resultados e sigilo com informações coletadas em algumas instituições e bancos de dados públicos, preservando-se assim os preceitos éticos na elaboração deste estudo.

4 RESULTADO E ANÁLISE

4.1 A importância de protocolos de atendimento e o papel da saúde

Segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde intitulada "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes" cabe às instituições de saúde garantir todas as etapas do atendimento, incluindo condutas emergenciais, de acompanhamento e tratamento dos impactos da violência sobre a saúde física e mental da mulher. Ainda de acordo com o mesmo documento, os profissionais de saúde não estão preparados para prestar assistência às mulheres vítimas de violência (BRASIL, 2012).

Um estudo com profissionais de serviços de saúde da Nicarágua relacionou as dificuldades apresentadas pela prática médica para identificação da violência contra a mulher com alguns fatores: a pouca capacitação sobre o tema; a falta de privacidade e tempo nas consultas; o medo de se envolver com assuntos legais; o resguardo pela própria segurança e, o desconhecimento de lugares para referenciar a mulher vítima de violência (RODRÍGUEZ-BOLÁNOS; MÁRQUEZ-SERRANO; KAGEYAMA-ESCOBAR, 2005).

Acredita-se que na UPA-OP muitos profissionais que atendem mulheres vítimas de violência desconhecem os serviços presentes na rede de saúde e comunidade aptos a prestar atendimento a essas mulheres, tendo em vista a baixa quantidade de encaminhamentos. Além disso, parece haver um desconhecimento sobre o itinerário que deve ser percorrido pela vítima nessas situações e quais procedimentos devem ser adotados por ela. O ritmo de trabalho, como em qualquer unidade de emergência do país, é intenso e volumoso o que diminui o tempo de consulta e dificulta ações de acolhimento com escuta qualificada e orientações.

Para Schaiber e D'Oliveira (1999, p.23) é necessário:

que os serviços de saúde, ao abordarem o problema, estabeleçam com cada mulher uma escuta responsável, exponham as alternativas disponíveis em termos de acolhimento e intervenção (DDM, apoio jurídico, apoio psicológico, casa abrigo, ONGs etc...) e decidam com ela quais seriam as alternativas melhores para o caso, incluindo-a ativamente na responsabilidade pelo destino de sua vida.

A criação de protocolos de atendimento permite estabelecer mecanismos de detecção dos tipos de violência, eleger procedimentos assistenciais viáveis e regulamentados por lei e definir encaminhamentos contribuindo para que os cuidados de saúde e a defesa de direitos sejam prestados o mais breve possível, com segurança da conduta do profissional.

4.2 Violência contra mulheres no município de Ouro Preto/MG

Os casos de violência contra a mulher notificados pelos profissionais de saúde são registrados na plataforma do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), pelo Centro de Processamento de Dados (CPD), da Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto. Em 2013 foram notificados 21 casos de violência contra mulheres com idade entre 18 e 45 anos, sendo 15 casos (71%) de violência física isolada ou acompanhada de outras violências como sexual, moral e patrimonial. Do total de casos notificados, seis vítimas sofreram violência sexual, também isolada ou acompanhada de outras violências. De janeiro a abril de 2014 já foram notificados 15 casos, sendo 14 com presença de violência física e três com ocorrência de violência sexual. O número elevado de casos registrados no primeiro quadrimestre de 2014 comparados ao total notificados em 2013 pode representar um aumento real do número de ocorrências, a melhoria da notificação ou ainda um aumento do número de denúncias. Dos 36 casos de violência identificados nos dois anos, 24 foram notificados por profissionais da UPA – OP, o que evidencia o importante papel desempenhado por esse serviço na atenção à mulher vítima de violência.

4.3 A rede de atendimento à mulher vítima de violência no município de Ouro Preto/MG: descrição dos dispositivos e seus papéis

Secretaria Municipal de Saúde e Serviço de Vigilância Epidemiológica:

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pelo fornecimento de medicamentos e provisão de recursos humanos para atendimento às vítimas de violência, além de zelar pela garantia de implantação e de funcionamento dos serviços e programas da rede de saúde. O Setor de Vigilância Epidemiológica do município, que está diretamente vinculado à SMS, é responsável por um conjunto de ações que visam conhecer, detectar e prevenir qualquer

mudança nos fatores determinantes de saúde por meio do armazenamento e controle estatístico dos dados referentes aos atendimentos prestados.

Centros de Referência em Assistência Social:

No município existe um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e cinco Centros de Referência de Assistência Social – CRAS (CRAS Santa Rita, CRAS São Cristovão, CRAS Alto da Cruz, CRAS Antônio Pereira e CRAS Cachoeira do Campo). Os CRASs são unidades de proteção básica, portas de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e têm por função ofertar o Programa de Atenção Integral à Família - PAIF, por meio do qual são realizadas ações de prevenção de situações de vulnerabilidades e riscos sociais, o desenvolvimento de potencialidades, o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, além da ampliação do acesso aos direitos de cidadania. O CREAS por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI) oferece apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos e famílias com um ou mais membros em situação de ameaça ou violação de direitos por ocorrência de violência física, sexual, psicológica e negligência, indivíduos egressos de situação de tráfico de pessoas, situação de rua entre outras.

Serviço Interprofissional de Atendimento à Mulher (SIAME):

Projeto social sem fins lucrativos, o Serviço Interpessoal de Atendimento à Mulher (SIAME) foi implantado em 1996 pelo poder judiciário por iniciativa da Juíza de Direito da Vara Criminal da Comarca. Desde a sua criação até o ano de 2009 atendeu, aproximadamente, três mil mulheres vítimas de violência, oferecendo atendimento jurídico, social e psicológico em vários casos em que há separação litigiosa, violência sexual, suspensão do poder familiar por falta de segurança habitacional entre outras situações. Apesar de ser implantado pelo poder judiciário não há convênios firmados com os governos municipais e estaduais para a sua manutenção, sendo suas ações custeadas com repasses das penas pecuniárias pelo Juizado Especial dessa Comarca e por contribuições da sociedade civil. Além disso, as mulheres assistidas pelo serviço participam de oficinas de artesanato para geração de renda e parte da comercialização dos produtos é destinada a manutenção do SIAME.

Conselhos tutelares:

Em Ouro Preto o Conselho Tutelar recebe as notificações obrigatórias de violência contra adolescentes e realiza as providências legais cabíveis, acompanhando adolescentes durante atendimento nas unidades de saúde, caso os pais ou responsável legal estejam ausentes. Ressalta-se que não há no município um conselho específico para a defesa dos direitos das mulheres adultas.

Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM):

As DEAMs compõem a estrutura da Polícia Civil e têm como função realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, tais como: registro de boletim de ocorrência e do termo de representação e solicitação ao juiz das medidas protetivas de urgência. Em Ouro Preto não existe DEAM, mas uma seção que oferece atendimentos dentro de uma delegacia da polícia civil.

Promotoria especializada no combate à violência contra a mulher:

A Promotoria de justiça especializada no combate à violência contra a mulher oferece atendimento às vítimas e toma providências cabíveis, tais como: verificar o andamento processual das medidas já adotadas pela delegacia de polícia; reduzir a termo as declarações da vítima; verificar ou providenciar o cumprimento das medidas protetivas já deferidas e em caso de repetição das agressões e, reunir provas para determinação de novas medidas.

Instituto Médico Legal:

A coleta de evidências materiais dos crimes sexuais é procedimento formalmente atribuído aos peritos do Instituto Médico Legal. No município, após prestar queixa na seção da polícia civil, um médico legista proveniente de Belo Horizonte é convocado para realização de exame de corpo delito e conjunção carnal. Algumas vezes esse exame é realizado na UPA-OP, e

não há um local exclusivo para tal. É necessário que os profissionais estejam atentos para oferecer um espaço reservado, tranquilo e acolhedor.

Serviços de Atenção Psicossocial:

A atenção em Saúde Mental no município de Ouro Preto se iniciou em 1994 oferecendo atendimento ambulatorial e oficinas terapêuticas. Em 2001, foi realizada a 1ª Conferência de Saúde Mental com aprovação das diretrizes do programa de saúde mental do município. No ano seguinte o Ministério da Saúde credenciou o centro de Atenção Psicossocial 1 (CAPS 1) voltado para o atendimento de adultos portadores de transtornos mentais. Em 2009, houve ampliação dos serviços com a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Ambulatório de Consultas e de Psicologia e Equipe matricial na Atenção Primária, configurando a rede de atenção psicossocial do município (RAPS).

A RAPS oferece atendimento psiquiátrico, psicológico, de assistência social, cuidados de enfermagem e terapia ocupacional às mulheres e adolescentes vítimas de violência no município, sendo referência para a UPA-OP para encaminhamento de casos.

Serviços de Atenção Primária em Saúde:

O município de Ouro Preto com sua sede e seus distritos estão divididos em territórios com populações entre 2400 e 4000 habitantes, cada um sob responsabilidade de uma equipe de Saúde da Família (eSF). Cada eSF mínima é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No município cada equipe dessa possui um pediatra, um nutricionista e um ginecologista de referência. Em algumas equipes conta-se também com o apoio do psicólogo. Ao todo são 11 equipes na sede do município e 10 nos distritos.

Serviços de saúde pré-hospitalar fixo e móvel de urgência (SAMU, UPA):

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Inconfidentes (SAMU Inconfidentes), assim denominado por abranger municípios da Região dos Inconfidentes, Ouro Preto e Mariana,

foi inaugurado em 20 de fevereiro de 2006. Cada município possui três unidades de suporte básico (USB), uma unidade de suporte avançado (USA) e uma central de regulação responsável por receber e registrar as chamadas de urgência que são reguladas por um profissional médico que definirá as condutas para o atendimento.

Em Ouro Preto há duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), uma localizada na sede do município e outra no distrito de Cachoeira do Campo. Apenas a primeira funciona durante 24 horas, mas ambas são referência do município para casos de urgência e emergência clínicas não traumáticas.

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto:

A Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto (SCMOP) é uma instituição privada e filantrópica, um hospital geral de média complexidade e referência municipal para o atendimento em urgência e emergência em ginecologia e obstetrícia, cirurgia e grande trauma. Possui 105 leitos sendo 75 destinados ao atendimento do Sistema Único de Saúde e 30 dos convênios.

Hospitais de referência para violência sexual:

A Maternidade Odete Valadares - MOV, em Belo Horizonte, foi inaugurada em 1955. Em 1980, a maternidade funcionou como um pronto socorro obstétrico- ginecológico, com demanda principalmente em gravidez de alto risco, levando à criação do ambulatório de pré-natal, ginecologia e planejamento familiar. Tem como visão tornar-se centro de excelência em ginecologia e gestação de alto risco.

O Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) é um hospital público, geral, de ensino e de pesquisa que presta atendimentos de urgência/emergência localizado também Belo Horizonte. Oferece atendimento para urgências clínicas e traumatológicas nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, odontologia e cirurgia.

Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP):

O Núcleo de Investigação de Assuntos Feministas (NINFEIAS) é um núcleo de pesquisa do Departamento de Artes da UFOP (DEART-UFOP) composto por estudantes dessa

universidade, do Instituto Federal de Minas Gerais (IFMG) e mulheres da comunidade ouropretana. Coordenado pela professora Nina Caetano, tem como objetivo a investigação de teorias feministas e a criação de performances com provocação artística e interlocução entre estudantes e mulheres da comunidade. Os participantes do núcleo se reúnem quinzenalmente no DEART e realizam performances artísticas como as edições do “Dançar é uma Revolução”, evento pertencente à campanha mundial One Billion Rising. A importância do núcleo está no aumento da discussão sobre a justiça em relação à violência e sua visibilidade no município, contribuindo para a construção do empoderamento das mulheres relacionado às questões de gênero.

Projeto de Capacitação Profissional, Inclusão Produtiva e Geração de Renda – “Maria Flor”:

Projeto criado pela Secretaria de Desenvolvimento Social, Habitação e Cidadania, que consiste no desenvolvimento de ações voltadas para a capacitação profissional, inclusão produtiva e geração de renda para mulheres chefes de família, em situações de vulnerabilidade e risco social, inseridas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, e atendidas ou acompanhadas pelos CRASs e CREAS do município de Ouro Preto. Trata-se de uma possibilidade de apoio social às mulheres vítimas de violência que apresentam dificuldades de geração de renda e que queiram alcançar autonomia e independência financeira após rompimento de relação violenta.

4.4 Proposta de Fluxograma

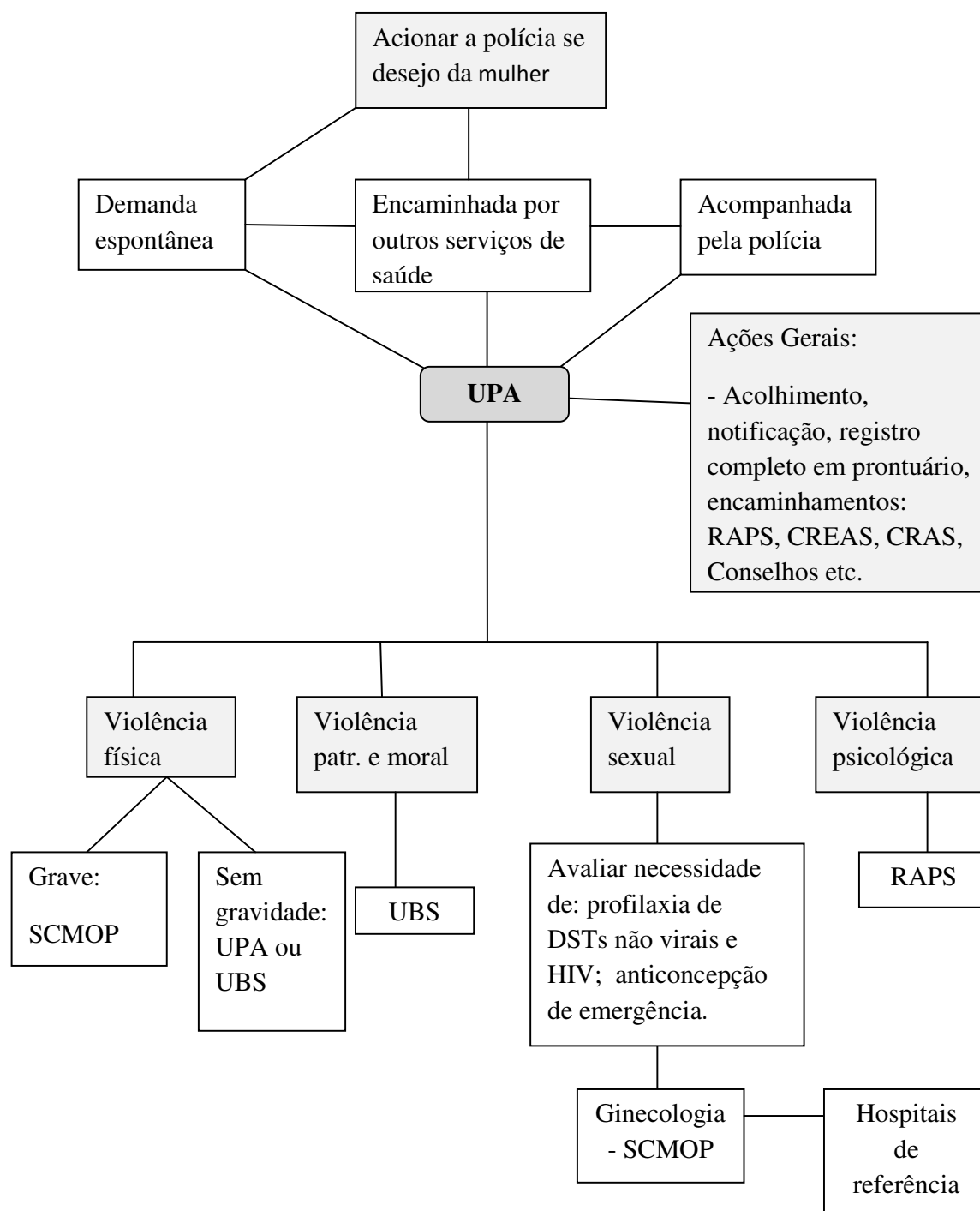


Figura 1. Fluxograma de atendimento às mulheres vítimas de violência na UPA-Ouro Preto/MG, 2014.

Este fluxograma é uma proposta elaborada neste estudo e que objetiva facilitar a compreensão dos profissionais de saúde, mais especialmente do enfermeiro pelo papel de acolhimento que desempenha, acerca do fluxo ou itinerário das mulheres vítimas de violência a partir do atendimento realizado na UPA-OP, orientando os profissionais nesse atendimento para que às mulheres recebam uma assistência integral.

4.5 Condutas em relação à violência sexual

Os profissionais de saúde também são responsáveis pela garantia dos direitos da mulher vítima de violência sexual e por isso devem estar atentos ao atendimento de emergência e intervir com medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência e a profilaxia de doenças (DST, HIV), bem como acolher a mulher fornecendo orientações com relação ao seguimento do tratamento na rede de saúde e comunidade. A vítima deve ser informada sobre qualquer procedimento a ser realizado e a importância de cada intervenção. Vale ressaltar a relevância de um ambiente acolhedor, com respeito às diferenças e livre de qualquer julgamento moral. O atendimento na UPA- OP pode ser a primeira e a única vez que a mulher vítima de tal violência está na frente de um profissional para conseguir falar sobre o assunto, o que reforça a necessidade de que o atendimento às vítimas nesse serviço seja de qualidade.

A assistência à vítima inclui o preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências (Anexo 2), segundo a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (Anexo 1). A notificação é importante para dimensionar o problema no território e fundamentar políticas e programas voltados para atenção às vítimas. Se o profissional não realizar a notificação, poderá responder legalmente por negligência. É necessário também estar atento para o registro em prontuário, pois as informações podem ser úteis em procedimentos legais, como realização de laudo pericial indireto pelo Instituto Médico Legal (IML). A Norma Técnica Prevenção e Tratamento de Agravos Resultante da Violência Sexual às Mulheres, do Ministério da Saúde, sugere o registro de dados como: história da violência (local, dia e hora da violência sexual, tipo de violência sofrida, formas de constrangimento, números de autores e tipificação); medidas prévias realizadas (atendimento em outro serviço de saúde e procedimentos realizados, registro de boletim de ocorrência, realização de exame pericial, comunicação ao Conselho Tutelar em caso de adolescentes) e encaminhamento à rede de saúde (BRASIL, 2012).

Com relação ao atendimento e condutas clínicas diante de casos de violência sexual contra mulheres, sugere-se:

- Garantir privacidade, respeito, sigilo e confiança à mulher durante o atendimento;
- Registrar data e hora do atendimento, história clínica e exame físico completo, descrição das lesões (se recentes ou não, características e localização), descrição do relato da usuária, das orientações fornecidas e identificação de todos profissionais que atenderam a vítima na unidade;
- Preencher obrigatoriamente a ficha de notificação compulsória;
- Avaliar risco de recorrência e agravamento para prevenir novos episódios ou solicitar proteção;
- Informar sobre a importância do registro policial da agressão e dos exames de corpo delito e conjunção carnal;
- Verificar a existência de outros traumatismos físicos que necessitem do atendimento de outras especialidades médicas, como cirurgião geral, ortopedista e outros;
- Exame de órgãos genitais externos, com descrição minuciosa de lesões (hematomas e lacerações genitais), podendo ser incluídos desenhos e representações esquemáticas;
- Em caso de lesões com sangramento, realizar sutura com fios absorvíveis e agulhas não traumáticas;
- Não remover roupas ou secreções antes do exame de corpo delito, a não ser em caso de ameaça a vida;
- Avaliar a necessidade de profilaxia de tétano e questionar situação vacinal. Se houver a indicação da profilaxia, deve ser seguido o esquema de vacinação apresentado no Quadro 1;

Quadro 1. Esquema de profilaxia para tétano às vítimas de violência sexual.

HISTÓRIA VACINAL	FERIMENTO LIMPO OU SUPERFICIAL		OUTROS TIPOS DE FERIMENTOS	
	VACINA	SAT ou IGHAT	VACINA	SAT ou IGHAT
Incerta ou menos de 3 doses	Sim	Não	Sim	Sim
3 doses ou mais; última dose há menos de 5 anos	Não	Não	Não	Não
3 doses ou mais; última dose entre 5 a 10 anos	Não	Não	Sim	Não
3 doses ou mais; última dose há mais de 10 anos	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: BRASIL, 2012.

- Avaliar a necessidade de profilaxia de hepatite B a ser realizada no serviço de vacinação da rede de saúde do município, no hospital de referência ou nos centros de referência em imunobiológicos especiais (CRIE), conforme o esquema apresentado no Quadro 2;

Quadro 2. Imunoprofilaxia de hepatite B para mulheres vítimas de violência sexual.

IMUNIZAÇÃO			
Tipo	Componente	Local de aplicação	Esquema
ATIVA	Vacina Anti- Hepatite B	Aplicar IM em deltóide.	0, 1, 6 meses
PASSIVA	Imunoglobulina Humana Anti- Hepatite B 0,006ml/Kg.	Aplicar em glúteo	Dose única

Fonte: BRASIL, 2012.

- Questionar sobre o uso de anticoncepcional e data da última menstruação;

- Prescrever anticoncepção de emergência, indicada a todas as mulheres que possuem risco de gravidez após violência sexual, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual e que não estão em uso regular de método contraceptivo (anticoncepcionais orais, injetáveis ou DIU), seguindo a recomendação prevista no Quadro 3. Orientar a retornar ao serviço em caso de atraso menstrual;

Quadro 3. Anticoncepção hormonal de emergência para mulheres vítimas de violência sexual.

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	TEMPO
Levonorgestrol	2 comprimidos de 0,75 mg de levonorgestrel - dose única	-Oral -Vaginal, se vítima inconsciente ou vômitos persistentes.	Tão rápido quanto possível e em até cinco dias após violência sexual.

Fonte: Elaborado pela autora.

- Prescrever antibioticoterapia para doenças sexualmente transmissíveis (DST) não virais. Recomenda-se a prescrição de antibióticos por via parenteral para evitar desconforto gástrico ocasionado pelo excesso de medicação administrado no primeiro atendimento ou a associação

com antieméticos. O tratamento pode ser iniciado em até 2 semanas após a violência sexual, caso a opção de administração medicamentosa por via oral seja escolhida. Seguem nos Quadros 4, 5 e 6 os esquemas de antibioticoterapia para as DST, recomendados pelo Ministério da Saúde.

Quadro 4. Antibioticoterapia para DST's não virais para adultas, adolescentes não gestantes com peso > 45Kg, vítimas de violência sexual.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	POSOLOGIA
Penicilina G Benzatina	1,2 milhões UI	IM	2,4 milhões UI (1,2 milhões em cada nádega), dose única.
Ceftriaxona	Frasco 1gr	IM	Diluir em 10 ml de ABD aplicar 4ml (250mg) dose única
Azitromicina	500 mg	VO	2 comprimidos, dose única

Fonte: BRASIL, 2012.

Quadro 5. Antibioticoterapia para DST's não virais para gestantes, crianças e adolescentes com peso < 45Kg, vítimas de violência sexual.

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	VIA ADMINISTRAÇÃO	POSOLOGIA
Penicilina G Benzatina	1,2 milhões UI	IM	50 ml UI/Kg (dose máxima: 2,4 milhões UI), dose única
Ceftriaxona	Frasco 1gr	IM	Diluir medicação em 8ml de ABD, aplicar 1ml (125mg)
Azitromicina	600 mg/15 ml ou 900mg/22,5 ml	VO	20mg/Kg (dose máxima 1g), dose única

Fonte: BRASIL, 2012.

Quadro 6. Antibioticoterapia alternativa, em caso de hipersensibilidade, para vítimas de violência sexual.

MEDICAÇÃO	ADULTOS	ADOLESCENTES E CRIANÇAS
Estearato de Eritromicina	500mg, VO, 6/6horas por 15 dias (Sífilis), ou 7 dias (Clamídia), Contra-indicado para grávida	50mg/Kg/dia, VO, 6/6h por 15 dias (Sífilis/Clamídia)
Ciprofloxacino	500mg VO, dose única	Contra-indicado

Fonte: BRASIL, 2012.

- Avaliar necessidade de quimioprofilaxia para HIV, a qual é indicada em todos os casos de penetração vaginal e ou anal e deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras 24 horas ou até no máximo 72 horas após a violência. Os critérios para indicação da quimioprofilaxia são apresentados no Quadro 7. O esquema deve ser mantido sem interrupção durante quatro semanas consecutivas, conforme o Quadro 8;

Quadro 7. Critérios para quimioprofilaxia contra HIV em mulheres vítimas de violência sexual.

RECOMENDADA	Violência sexual com penetração vaginal e ou anal desprotegida com ejaculação sofrida a menos de 72 horas
INDIVIDUALIZAR DECISÃO	Penetração oral com ejaculação
NÃO RECOMENDADA	Penetração oral sem ejaculação Uso de preservativo durante toda agressão Agressor sabidamente soronegativo Abuso crônico pelo mesmo agressor Violência sofrida há mais de 72 horas

Fonte: BRASIL, 2012.

Quadro 8. Quimiprofilaxia contra HIV para mulheres adultas e adolescentes gestantes e não gestantes, vítimas de violência sexual.

1ª ESCOLHA	APRESENTAÇÃO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	POSOLOGIA
Zidovina (AZT) + Lamivudina (TC)	300mg/150mg	VO	1 comp. de 12/12h por 30 dias
Lopinavir/ Ritonavir (LPV/R)	200mg/50mg	VO	2 comp. de 12/12h por 30 dias

Fonte: BRASIL, 2012.

- Informar a mulher sobre as possibilidades de escolha em relação a gravidez forçada: continuidade da gravidez e realização do pré natal permanecendo com a criança após nascimento ou proceder com os mecanismos legais de adoção e abortamento previsto em lei (Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro). O aborto legal não é condicionado ao registro de boletim policial ou exame de corpo delito, sendo necessário apenas o consentimento da vítima. Para a realização deste procedimento, as mulheres devem ser encaminhadas aos hospitais de referência em Belo Horizonte (Hospital das Clínicas da UFMG, Maternidade Odete Valadares, Hospital Municipal Odilon Behrens ou Hospital Júlia Kubitschek);

- Encaminhar imediatamente aos hospitais de referência (Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto, Maternidade Odete Valadares ou Hospital Municipal Odilon Behrens) para acompanhamento especializado da ginecologia.

4.6 Avaliação do estudo

A subnotificação dos casos de violência contra mulher limitou a descrição da problemática no município com ilustração de um número pequeno de casos neste trabalho. Houve dificuldade em visitar os serviços e conversar com os seus coordenadores devido o grande volume de trabalho desses profissionais e ausência de tempo disponível. Portanto, se faz necessária uma descrição mais completa de todos os dispositivos da rede de atenção às mulheres vítimas de violência, relacionando os profissionais disponíveis, contatos e ações em desenvolvimento. Entretanto, o estudo apresenta dados suficientes para ser um protocolo inicial

de atenção integral à mulher vítima de violência, capaz de subsidiar a conduta do profissional no atendimento dessas usuárias na UPA-OP, alcançando-se assim o objetivo deste estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca de informações para compor os resultados deste trabalho percebi que grande parte dos profissionais que trabalham nas instituições desconhecem todos os serviços da rede ou comunidade disponíveis para atendimento às mulheres vítimas de violência. Muitos médicos da UPA-OP não sabem quais orientações devem ser fornecidas a essas mulheres e qual o fluxo de atendimento e procedimentos que devem ser adotados. Há subnotificação de casos e fichas de notificação preenchidas de forma incompleta, o que dificulta dimensionar o problema.

Nos serviços da RAPS existentes no município, são oferecidos atendimentos individuais de psicologia e psiquiatria, mas não há grupos para atendimento a adolescentes ou mulheres vítimas de violência, assim como nos CRAS ou CREAS. A criação de grupos de orientação para essas mulheres é ferramenta importante para diminuir psicopatologias como depressão, síndrome do pânico, baixa auto-estima bem como auxiliá-las no rompimento da relação de poder e violência.

A maioria das ocorrências de violência atendidas na UPA - OP acontecem à noite, durante o final de semana ou feriados, quando não há atendimento do serviço social. É necessário que todos os profissionais dessa instituição estejam preparados, assim como os assistentes sociais, a acolher e orientar a mulher e apoiá-la em suas decisões explicando a importância do registro policial e o significado de exames como o corpo delito para que a situação de violência se torne criminalmente visível. Para tal, capacitações poderiam ser criadas para discutir a magnitude do problema e a eficácia de ações preventivas e de proteção. A construção de instrumentos educativos, como uma cartilha, com a finalidade de informar sobre a situação peculiar de vulnerabilidade da mulher que vivencia a violência seria também uma ação importante.

Este estudo possibilitou identificar que, cada serviço realiza suas ações e faz encaminhamentos e referências, mas há pouca integração entre as instituições. Importante seria a constituição de uma rede de enfrentamento para que polícia, judiciário, serviços de apoio social, projetos da sociedade civil e serviços de saúde trabalhassem juntos na tentativa de minimizar o problema por meio da criação de política pública municipal. Para a constituição da rede ainda é necessária a criação de um conselho específico para defesa dos direitos de cidadania das mulheres ouropretanas, bem como de uma delegacia especializada e de um abrigo para melhorar

a oferta de proteção e segurança. A aplicação do protocolo e a construção de uma rede de enfrentamento contra a violência à mulher, propostos por este estudo dependem do trabalho dedicado dos profissionais envolvidos nessa rede, assim como do apoio de gestores municipais e estaduais empenhados em sustentar e a incluir todos os serviços necessários ao atendimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.349, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a Mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 de ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 19 fevereiro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3 ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2012. 126p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações de agravos de notificação**. Violência doméstica, sexual e /ou outras violências. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 19 fevereiro 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. **Balanco Semestral**, Janeiro a Junho/2013. Outubro, 2013.

DESLANDES, S.F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1 p.81-94, 1999.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.129-137, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de informações Ouro Preto - Minas Gerais**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=314610&idtema=16&search=minas-geraislouro-pretolsintese-das-informacoes>>. Acesso em: 19 março 2014.

KRUG, E.G.; DAHLBER, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Temas em Saúde).

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (Org.) **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

OLIVEIRA, C.C.; FONSECA, R.M.G.S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n.4, p. 605-612, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400010>. Acesso em: 17 março 2014.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Atenção à mulher em situação de violência**. Linha Guia. Paraná: s.n. 2012. 42 p.

REIBNITZ, K.S.; AMANTE, L.N.; RAMOS, F.R.S.; BACKES, V.M.S. **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem**: desenvolvimento do processo de cuidar. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2013.

RODRÍGUEZ-BOLÁNOS, R. A.; MÁRQUEZ-SERRANO, M.; KAGEYAMA-ESCOBAR, M.L. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 47, n. 2, p. 134-144, 2005.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; PINHO, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 400-407, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf>>. Acesso em: 19 fevereiro 2014.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVIERA, A.F.L.P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 3, n.5, p11-26, 1999.

SECRETARIA DE POLÍTICA PARA AS MULHERES. Presidência da República. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, 2011. 74p. Disponível em: <<http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento>>. Acesso em: 02 fevereiro 2014.

SILVA, V.I. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. Supl. 2, p. 263-272, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a08v19s2.pdf>>. Acesso em: 19 fevereiro 2014.

SILVEIRA, L.P. **Serviços de atendimento à mulheres vítimas de violência**. s.l., s.d. Disponível em: <http://www.mpdft.mp.br/pdf/unidades/nucleos/pro_mulher/lenira.pdf>. Acesso em: 10 março 2014.

SOUZA, P. M. **Grupo de reflexão sobre violência doméstica para mulheres atendidas no Programa de Atendimento Especializado à Família e Indivíduos - PAEFI**: um espaço de escuta, acolhimento e empoderamento. 2012. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em gestão de Políticas Públicas com Foco em Raça e Gênero) - Universidade Federal de Ouro Preto, Universidade Aberta do Brasil, Ouro Preto, 2012.

ANEXO 1

LEI DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

§ 1º Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima
José Dirceu de Oliveira e Silva

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 25.11.2003

ANEXO 2

FICHA DE NOTIFICAÇÃO VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OU OUTRAS
VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO
INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS
VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se 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.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
	7 Nome			8 Data de Nascimento
Dados da Pessoa Atendida	9 Idade	10 Sexo	11 Gestante	
	12 Cor	13 Escolaridade	15 Situação conjugal	
	14 Ocupação	16 Relações sexuais		
	18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe	
	20 UF	21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência
	23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência	
28 (DDD) Telefone		29 Zona		
Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência			
	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência	
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		36 Número	
	37 Complemento (apto., casa, ...)		38 Zona de ocorrência	
	39 Ocorreu outras vezes?		40 A lesão foi autoprovocada?	
	41 Meio de agressão		42 Tipo de violências	
	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais			

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais

SVS 28/06/2006

Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado			44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Pornografia infantil	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal
Dados do provável autor da agressão	45 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros _____	47 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
Em casos de violência sexual	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____					
Evolução e encaminhamento	50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
	51 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				52 Se óbito pela agressão, data	
	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado					
	54 Circunstância da lesão (confirmada) CID 10			55 Classificação final 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado		
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Informações complementares e observações						
TELEFONES ÚTEIS						
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180			Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome		Função		Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais SVS 28/06/2006						